

RUSAVHENGIGES RETT TIL INDIVIDUELL PLAN

**et effektivt hjelpemiddel i arbeidet med den
rusavhengige?**

Kandidatnummer: 409

Veileder: Kristian Andenæs

Leveringsfrist: 25.04.06.

Til sammen 12060 ord

27.04.2006

Innholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>INNLEDNING</u>	<u>2</u>
1.1	Bakgrunn	2
1.2	Oppgavens målsetting	3
<u>2</u>	<u>LOVGRUNNLAGET</u>	<u>7</u>
2.1	Innledning	7
2.2	Rusreformen	7
2.3	Retten til individuell plan	8
<u>3</u>	<u>RESULTATER FRA DEN KVALITATIVE UNDERSØKELSEN</u>	<u>14</u>
3.1	Innledning	14
3.2	Den individuelle planens tilblivelse	14
3.2.1	Vanskeligheter med å få involvert tjenestemottakeren i planarbeidet	16
3.2.2	Hvordan forholde seg til rus	17
3.2.3	Pårørendes rolle som eventuell initiativtager til individuell plan	18
3.3	Individuell plans innhold	18
3.3.1	Koordinatorens betydning i arbeidet med individuell plan	19
3.3.2	Samarbeidet mellom ulike profesjoner	20
3.3.3	Oppfølging av eksisterende individuell plan	21
3.3.4	Revisjoner og justeringer	22

3.4	Intervjuobjektene vurdering av bestemmelsen	23
<u>4</u>	<u>BETRAKTNINGER OM BESTEMMELSEN</u>	<u>26</u>
4.1	Innledning	26
4.2	Hvorfor fungerer ikke planen som intendert?	27
4.3	Undersøkelsen sett i et rettssosiologisk perspektiv	31
<u>5</u>	<u>KONKLUSJON</u>	<u>34</u>
	<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>36</u>
	<u>VEDLEGG A: INTERVJUGUIDE</u>	<u>A</u>

1 Innledning

Ved de nye helselovene av 1999¹ ble det innført en lovfestet rett til individuell plan. Denne retten sikrer, jfr. pasientrettighetsloven av 2. juli 1999 nr. 63 2-5, at personer som har behov for ”langvarige og koordinerte helsetjenester” får utarbeidet en individuell plan. En individuell plan tar utgangspunkt i tjenestemottakerens situasjon, og skal, jfr. forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23.12.2004 nr. 1837, § 2, bidra til at pasienten får et ”helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud”. Individuell plan skal videre ”kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov” samt bidra til ”å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker”. Fra 1. januar 2004 ble retten til individuell plan lovfestet også etter sosialtjenestelovens § 4-3a. Denne oppgaven skal ta for seg rusavhengiges rett til individuell plan etter disse bestemmelsene.

I kapittel en vil jeg ta for meg bakgrunnen for bestemmelsen, samt redegjøre for oppgavens målsetting. I kapittel to vil jeg redegjøre for lovgrunnlaget til individuell plan. Kapittel tre består av resultatene fra den kvalitative undersøkelsen. I oppgavens kapittel fire vil jeg foreta en rettsosilogisk vurdering av dataene presentert i kapittel tre. Avslutningsvis vil jeg i kapittel fem trekke noen konklusjoner samt presentere forslag til andre løsninger som intervjudeltakerne kom med.

1.1 Bakgrunn

I et moderne velferdssamfunn vil det til enhver tid finnes personer som har behov for, og vil ønske å benytte seg av, ulike deler av tjenesteapparatet. Erfaringer fra før innføringen av

¹ Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63 , Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) av 19. november 1982, nr. 16, Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 2. juli 1999 nr. 62, og Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999 nr. 61

individuell plan kunne tyde på at tjenestemottakerne hadde vanskeligheter med å navigere i det store landskapet av rettigheter og plikter som velferdssamfunnet tilbyr. Mange opplevde at det var lite samarbeid mellom de ulike etatene, og at de endte opp som ”kasteballer” i systemet. De måtte selv gå fra etat til etat for å klarlegge både rettigheter og plikter. Individuell plan er tenkt som et verktøy både for tjenesteyter- og mottaker som skal avklare ansvarsforhold, samt bedre samordningen av hjelpetiltak og tjenester (se for eksempel Inst O nr. 9 1991-92, Inst St nr. 237 1996-97: Innstilling fra sosialkomiteen om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste (Tilgjengelighet og faglighet)). Ulikt tidligere planer er brukerens medvirkning svært sentral i arbeidet med individuell plan. Det er tjenestemottakeren som selv skal definere sine mål for planen. Videre er det ønskelig at tjenestemottakeren deltar i ansvarsgruppemøter med de aktuelle tjenesteyterne. Det er altså tjenestemottakerens målsetninger for egen fremtid som skal stå i fokus, og ikke det tjenesteapparatet anser som realistisk og tjenelig. En av intervjudeltakerne fortalte om en tjenestemottaker som hadde som målsetning at han ønsket å bli Finlands statsminister. Dette fremstod åpenbart som helt urealistisk, men intervjudeltakeren valgte likevel å jobbe utifra denne målsetningen. Hva slags kvalifikasjoner trenger man for å bli statsminister? Jo, tjenestemottakeren mente at det kanskje var hensiktsmessig å inneha både utdanning og gode språkkunnskaper. Og dermed hadde man noe konkret man kunne jobbe videre med som kanskje var litt mer realistisk. Individuell plan har til intensjon å være konkret og praktisk rettet.

1.2 Oppgavens målsetting

Målsetting for denne oppgaven er å kartlegge hvordan retten til individuell plan blir ivarettatt for en svært utsatt gruppe, nemlig de rusavhengige. Hvorfor har jeg valgt nettopp denne gruppen? For det første fordi dette er en gruppe med meget komplekse og sammensatte behov, som derfor burde ha stor nytte av individuell plan. Denne gruppen har ofte levd på siden av samfunnet i et lengre tidsrom og når de da for eksempel ønsker å bli rusfrie er det klart at det må komme ganske mange parter inn på banen. Utfordringer som jobb, bolig, utdanning, helse og så videre blir synlige, og det synes derfor åpenbart at dette er en gruppe som definitivt har et stort behov for samordnede og koordinerte tjenester. For det andre vet jeg ut fra innledende samtaler med ansatte i psykiatrien at man der har brukt

individuell plan som et verktøy atskillig lenger, og at det har vært mer vellykket enn innenfor rusomsorgen. Her ser det ut som individuell plan i hovedsak er et godt innarbeidet hjelpemiddel. Med de rusavhengige har man hatt atskillig kortere tid på seg til å danne erfaringer og forfatteren fikk tidlig signaler på at det var svært varierende hvordan individuell plan fungerte. Dette vekket min interesse, og jeg ønsket å undersøke hva som gjør at individuell plan fungerer dårligere innenfor rusomsorgen enn i psykiatrien. Er det fordi de rusavhengige er mer utfordrende å jobbe med, eller er det fordi rusomsorgen har vært dårligere til ta i bruk individuell plan?

Hvem er så de ”rusavhengige” som denne oppgaven skal omhandle? Det er de som bedriver rusmiddelmisbruk, forstått som ”varig eller periodevis bruk av et rusmiddel uten medisinsk indikasjon, der hensikten er å oppnå ruseffekt, regulere bivirkning eller forsterke virkning av annet misbruk” (tilpasset fra Helsetilsynet 2001). Det benyttes mange forskjellige navn på de rusavhengige, så som rusmiddelavhengig, rusmisbruker, rusmiddelmisbruker og så videre. Forfatteren har bevisst valgt å benytte termen ”rusavhengig”, da jeg føler denne inneholder færrest stigmatiserende henvisninger til gruppen. Begrepet rusavhengige omfatter en rekke forskjellige grupper; alt fra unge mennesker i starten av en ruskarriere, via alkoholikere til injiserende narkomane ofte til dels oppgitt og utstøtt av samfunnet.

For det andre hadde jeg indikasjoner på at individuell plan fungerte dårlig spesielt i forhold til de rusavhengige. I februar 2005 foretok det statlige helsetilsynet en undersøkelse som hadde til siktemål å undersøke de rusavhengiges helseproblemer og helsetjenestetilbud (Helsetilsynet 2005). Innhenting av data ble avsluttet i september 2004, og hovedvekten av rapporten tar for seg tunge alkohol- og narkotikamisbrukere. I rapportens innledende del slås det fast at man har lite tilgjengelige data om pasientstrømmen innenfor rusfeltet, og i tillegg finnes det lite informasjon om behandlingsmetoder samt - resultater. Tross dette til dels mangelfulle kunnskapsgrunnlaget slås det fast at det etter Helsetilsynets vurdering er et ”hovedinntrykk at mange rusmiddelmisbrukere ikke får de tjenestene de har behov for” (Helsetilsynet 2005 s. 6). Helsetilsynet er i denne rapporten særlig bekymret for de tunge rusmiddelmisbrukernes helseproblemer. Forekomsten av alvorlige somatiske og psykiske

lidelser er høy og det samme gjelder for mortaliteten til gruppen. Helsetilsynet konkluderer i denne rapporten med at det finnes klare indikasjoner på at ”mange rusmiddelmisbrukere ikke får innfridd retten til nødvendig helsehjelp” (Helsetilsynet 2005 s. 6). På denne bakgrunn ønsket jeg å se nærmere på denne gruppen, og utvide fokuset til ikke bare å se på hvordan individuell plan fungerte i forhold til helsetjenester, men hvordan den evnet å skape ”helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud” som omfattet både helsetjenester og sosialtjenester. Problemstilling for oppgaven vil derfor være: har lovfesting av rett til individuell plan gjort at de rusavhengige lettere får den helsehjelpen og de sosialtjenester de har krav på?

Gjennom kvalitative intervjuer av ulike tjenesteytere samt en representant fra brukersiden har jeg ønsket å ta rede på hvordan planens tilblivelse, innhold og oppfølging blir ivaretatt. Videre ønsker jeg å formidle hva slags tanker intervjuobjektene har rundt spørsmålet om individuell plan er et godt og egnet virkemiddel i arbeidet med de rusavhengige.

Jeg gjennomførte fem intervjuer hvor jeg intervjuet totalt seks personer. Begge kjønn er representert og de er fra ulike profesjoner. Blant utvalget har jeg: tre ruskonsulenter, en psykolog, en miljøarbeider på institusjon samt en ansatt i en interesseorganisasjon for rusavhengige. Alle intervjudeltakerne har sitt arbeidssted i Oslo. Under et av intervjuene ble to personer intervjuet samtidig, slik at intervjuobjekt nummer fem består av to personer. Oversikt over de enkelte intervjuobjektene finnes i litteraturlisten under overskriften ”annet”.

Det kan innvendes at mitt utvalg er for lite til å kunne si noe generelt om de problemstillingene jeg reiser, og at jeg heller burde valgt en mer kvantitativ tilnærming. En kvantitativ tilnærming forutsetter imidlertid en del forkunnskap om emnet, slik at man er i stand til å utarbeide gode og fruktbare spørreskjemaer. Ved å benytte et spørreskjema risikerer man å gå glipp av viktige poenger dersom spørreskjemaet ikke er godt nok utformet. Videre har man i kvantitative tilnærminger mindre mulighet til å undersøke temaet i dybden. Her vil fokuset være å få svar fra en stor mengde respondenter, heller enn å undersøke temaet i dybden.

Ved å velge en kvalitativ tilnærming blir ikke utvalget representativt². Jeg har tross dette gjort mitt beste for å oppnå mest mulig representativitet. Forfatteren har vært bevisst på å finne ulike personer, og i utvalget mitt har jeg en psykolog, tre ruskonsulenter, en ledende skikkelse i en interesseorganisasjon for rusavhengige samt en miljøarbeider på en institusjon³. Alle intervjudeltakerne kommer fra forskjellige institusjoner, og dette bidrar til å gjøre undersøkelsen mer representativ. Imidlertid er utvalget så lite at det uansett ikke kan regnes som representativt. I tillegg jobber alle intervjudeltakerne i Oslo kommune hvilket begrenser muligheten til å anta at konklusjonen vil være gyldig for hele landet. Dette vil nødvendigvis også virke inn på hvordan man behandler de foreliggende data. Derfor kan man aldri trekke generelle slutninger fra et kvalitativt utvalg. Likevel mener jeg at denne arbeidsmetoden gir grunnlag nok til å antyde visse tendenser og trekk ved den aktuelle problemstillingen.

² Spørsmålet om representativitet gjelder hvorvidt utvalget har gyldighet innen det universet det er trukket fra.

³ Se oversikt over intervjudeltakerne i litteraturlisten

2 Lovgrunnlaget

2.1 Innledning

Jeg vil i dette kapittelet redegjøre for lovreglene knyttet til individuell plan. Her vil jeg blant annet komme inn på bakgrunnen for lovfestingen av retten til denne planen. Videre vil jeg redegjøre for selve innholdet av rettsreglene. I tillegg vil jeg ta for meg rusreformen, som har til hensikt å styrke helsetjenestetilbudet til rusavhengige.

2.2 Rusreformen

Rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004. Hensikten med denne reformen er ”å styrke helsetjenestetilbudet og sikre helhet i behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere” (Helse- og sosialdepartementet 2003). Før rusreformen hadde fylkeskommunen ansvaret for tiltak for rusavhengige. Innføringen av rusreformen gjorde at dette ansvaret ble overført til staten ved de regionale helseforetakene. Målet med denne omleggingen har vært at behandlingstilbudet skal utvikles til en spesialisttjeneste som fokuserer på helhetlige og individuelt baserte tilnærminger. Både sosialfaglige og helsefaglige perspektiver skal vektlegges i den forbindelse.

Resultatet av rusreformen har blitt at de rusavhengige som har behov for slike tjenester er blitt pasienter med rettigheter etter pasientrettighetsloven. Dette vil kunne omfatte blant annet avrusing, utredning og spesialisert behandling. Rusreformen hadde videre som målsetning at de interne ansvarsforholdene skulle bli mer klargjorte, samt at gråsonene mellom rusbehandling, psykiatri og somatikk skulle klargjøres.

Det er fortsatt sosialtjenesten som har det overordnede ansvaret for de rusavhengige. De skal iverksette tiltak utenfor institusjonen og eventuelt henvise til helsetjenesten når det er behov for det.

2.3 Retten til individuell plan

Retten til individuell plan er som tidligere nevnt fastsatt i pasientrettighetslovens § 2-5. Helsetjenestens plikt til å utarbeide individuelle planer er regulert i henholdsvis psykisk helsevernlovens § 4-1, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a samt spesialisthelsetjenestelovens § 2-5. Bestemmelsene trådte i kraft 1. juli 2001, og fra samme tidspunkt gjelder forskriften om individuell plan⁴. Fra 1. januar 2004 ble det lovfestet en rett til individuell plan etter sosialtjenestelovens § 4-3a. Forskriften fra 2004 (forskrift av 23.12.2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven) er en felles forskrift som gjelder for alle de ovenstående lovene.

Innføring av individuell plan var noe som både ble diskutert og anbefalt tatt i bruk i flere offentlige dokumenter over tid (Kjellebold 2002 s.12). Det å jobbe planmessig opp mot en plan er sånn sett ikke noe nytt for de yrkesgruppene som jobber med de rusavhengige. Flere av intervjudeltakerne ga uttrykk for at de jobbet på samme måten nå som de gjorde før innføringen av individuell plan; arbeidsmetoden hadde kun fått et nytt navn. Navn som har vært brukt og fortsatt brukes på en del av planene er: pasientplan, habiliteringsplan, tiltaksplan og omsorgsplan.

Stortingets sosialkomité har ved flere anledninger uttalt seg klart om at individuell plan har vært svært ønskelig å innføre. Individuell plan er tenkt som et verktøy både for tjenestemottaker og tjenesteyter; for tjenestemottaker på den måten at han lettere vil få klarhet i hvilke ytelser han har krav på. For tjenesteyter har individuell plan vært tenkt som et verktøy som skal avklare ansvarsforhold samt bedre den interne samordningen (se for eksempel Inst O nr. 9 1991-92, Innst St nr. 237 1996-97). Tidlig i arbeidet med de nye helselovene lå det an til at individuell plan kun skulle nedfestes som en anbefalt bruk. Under behandlingen av pasientrettighetsloven ønsket komiteen å ta det et skritt videre, og foreslo at det skulle innføres en lovfestet rett til individuell plan. Forslaget ble som kjent vedtatt og er lovfestet i pasientrettighetsloven § 2-5 (Kjellebold 2002 s. 17-18).

⁴ Forskriften fra 2001 er senere erstattet med en ny forskrift, forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23.12.2004 nr. 1837.

Lovfestingen av denne retten kom som et resultat av at mange personer med store behov for hjelpetjenester av ulike slag ikke fikk det tilbudet de hadde behov for. Man så at hjelpetilbudene ble for ensidige, fragmenterte samt at de både ble satt i gang for sent og avsluttet for tidlig. I tillegg så man at mange hadde et stort behov for tjenester av ulike slag, hvor forskjellig tjenestepersonell uansett ville komme på banen. Man så det da som hensiktsmessig at de ulike aktørene fikk et felles verktøy de kunne bruke i arbeidet med tjenestemottakeren. Hvem skulle gjøre hva og hvem hadde ansvaret for hva? (Kjellevold 2002 s. 12-13)

Først i januar i 2004 fikk tjenestemottakerne en rett til individuell plan etter sosialtjenesteloven. Hvorfor departementet i 2001 valgte å holde sosialtjenesteloven utenfor lovforslaget er noe uvisst. De fleste med behov for langvarige og sammensatte ytelser vil også ha behov for sosiale tjenester. For de rusavhengige vil det være svært aktuelt å få utarbeidet individuell plan utifra sosialtjenesteloven, men den enkelte situasjon vil avgjøre hvilket rettslig utgangspunkt man skal lage individuell plan utifra. Regelverket er i alle fall endret og med dette kan man i alle fall ha et håp om at man når ut til flere som har behov for det. Denne oppgaven ønsker blant annet å vise om man har lyktes med dette eller ikke.

Pasientrettighetsloven § 2-5 slår fast at ”Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern”. Lovteksten benytter begrepet ”rett” og dette tilsier at de aktuelle personene har rettskrav på å få utarbeidet individuelle planer. Det som imidlertid også er klart at det kun er en utarbeidelse av planen man har krav på.

Tjenestemottakeren har imidlertid ikke rettskrav på innholdet av planen bare av den grunn at det står i planen (Kjellevold 2002 s. 31). Dersom tjenestemottakeren har rettskrav på noe i planen, er det fordi rettskravet allerede er lovfestet, slik tilfellet for eksempel er med retten til fastlege, jfr. forskrift om fastlegeordning i kommunene av 14.04.2000 nr. 328, § 3.

Det forelå uenigheter i forkant av innføringen av individuell plan. Departementet var uenig i at man burde lovfeste retten til individuell plan. De mente en slik rettighet ville bli vag og

uklar og kunne innebære misforståelser med hensyn til hva rettigheten gikk ut på, ”blant annet fordi innholdet i planene vil være svært forskjellig alt ettersom hvilke tiltak den aktuelle pasienten har behov for” (Ot prp nr. 10 1998-99 om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. s. 44). I tillegg ble det hevdet at en slik rett ville medføre økt byråkratisering samt forventninger som det ikke var personellressurser nok til å innfri. Det avgjørende for departementets standpunkt om ikke å lovfeste retten til individuell plan var altså at man da ville få en bestemmelse med uklar rettslig status og manglende personell (Kjellebold 2002 s. 17).

Stortingets sosialkomité la på sin side vekt på at de gruppene bestemmelsen tok sikte på ikke hadde fått den oppmerksomheten i helsevesenet som de burde hatt, og at disse gruppene hadde behov for å få mest mulig klarhet i hva slags tilbud de kunne forvente seg å få til hvilken tid. Komiteens svar på departementets innvending om at retten lett ville fremstå som vag og uklar var at dette kunne avhjelpes ved å lage klart definerte tiltak i planene.

Det er pasienter som har rettskrav på å få utarbeidet en individuell plan. Begrepet er rettslig definert i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav a. Bestemmelsen sier at med ”pasient” menes en ”person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle”. Den juridiske definisjonen omfatter et større antall mennesker enn den medisinske terminologien skulle tilsi. Bestemmelsen oppstiller intet krav om at personen skal ha en diagnose eller være syk for å omfattes av bestemmelsen (Kjellebold s. 18). Det omfatter den som henvender seg til helsetjenesten for å få helsehjelp, den som tilbys helsehjelp eller den som gis helsehjelp, jfr. pasientrettighetsloven § 1-3. Pasienten må ha behov for helsehjelp. Inn under dette begrepet faller handlinger av undersøkende art, utredende eller vurderende art, av behandlende art eller pleie og omsorg. Formålet med hjelpen kan være forebygging, diagnose, behandling, helsebevaring, rehabilitering eller pleie og omsorg jfr. pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c.

Retten til individuell plan er videre begrenset til personer som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, jfr. pasientrettighetsloven § 2-5. Unntak fra denne

begrensningen ser man i psykisk helsevernloven § 4-1, selv om man ser at også disse personene har behov for koordinerte tjenester over tid. Behovet for langvarige tjenester må forstås på den måten at behovet strekker seg over et visst tidsrom (Kjellevold 2002 s. 19). Det kan ikke oppstilles som et krav at behovet er livsvarig eller strekker seg over et bestemt antall år, og det er heller ikke nødvendig at behovet skal gjelde den samme helsehjelpen under hele tidsperioden. Med koordinerte tjenester mener man at personen må ha behov for to eller flere helsetjenester og at tjenestene må eller bør sees i sammenheng. Personen kan godt ha behov for koordinerte tjenester innenfor samme organ og da vil behovkravet like fullt være oppfylt. Det oppstilles derfor intet krav om at behovet for hjelp skal komme til uttrykk hos flere ulike instanser (Kjellevold s. 19-20).

Formålet med individuell plan har vært å oppnå en langsiktig og helhetlig tenkning rundt tjenestemottakeren. Ved vurderingen av om vedkommende har behov for langvarige og koordinerte tjenester må man også foreta en vurdering av om andre typer tiltak og tjenester enn rene helsetjenester bør trekkes inn. Pasientrettighetsloven § 2-5 er altså en rettighetsbestemmelse som korresponderer med pliktbestemmelser i henholdsvis psykisk helsevernlovens § 4-1, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenestelovens § 2-5 samt sosialtjenestelovens § 4-3a. Ved å ha denne strukturen på lovreglene blir det lett synlig hvem som er rettighetssubjekt og hvem som er pliktsubjekt.

Forskriften om individuell plan er en felles forskrift for alle de ovennevnte lovene og behandler reglene mer detaljert enn de enkelte lovene gjør. Forskriftens § 3 benytter begrepet tjenestemottaker, og det samsvarer med pasientbegrepet i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav a. I tillegg omfatter det personer som henvender seg til sosialtjenesten.

Kravene til den individuelle planens innhold fastsettes av forskriftens § 7 bokstav a til i. Planen skal jfr. forskriftens § 7 bokstav a inneholde en oversikt over tjenestemottakerens ”mål, ressurser og behov for tjenester”. Planen skal videre, jfr. bokstav b, inneholde en oversikt over hvem som skal delta i arbeidet med planen. Bestemmelsen stiller krav om at en person skal gis et ansvar for å sikre samordningen av og fremdriften av arbeidet. Denne personen får rollen som koordinator og vil være tjenestemottakerens nærmeste kontaktperson i arbeidet med individuell plan. Videre skal planen gi en oversikt over

aktuelle tiltak, hvem som skal gjennomføre de og når de skal gjennomføres. Tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner skal også fastsettes i planen.

Forskriftens § 4 presiserer at tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Det er tre instanser som er ansvarlige for utarbeidelsen av den individuelle planen og det er: sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten og helseforetakene, herunder institusjoner innenfor psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet 2005 s.14). Hovedansvaret for initiativet ligger også hos de ulike tjenesteyterne i kommunens helse- og sosialtjeneste og i helseforetaket (Sosial- og helsedirektoratet 2005 s. 22). Forskriften klargjør videre at den individuelle planen ikke gir tjenestemottakeren større rett til tjenester enn det som følger av det øvrige regelverket. Som tidligere nevnt innebærer dette at dersom man oppfyller vilkåret til å få en individuell plan har man krav på å få den utarbeidet, men man vil aldri ha rettskrav på det planen fastsetter⁵. Man kan klage til tilsynsmyndighetene for helsetjenesten dersom man ikke har fått utarbeidet en individuell plan og mener man fyller vilkårene. Men en klage om at man ikke har fått gjennomført det planen fastsetter vil ikke føre frem. Det vil derfor være på det rene at både ressurspørsmål samt tjenesteyterens følelse av forpliktelse overfor tjenestemottakeren vil spille en stor rolle i arbeidet med individuell plan. Når det er sagt må det forventes at planen er realistisk i forhold til de til enhver tid tilgjengelige ressurser. Dette ble også påpekt av stortingskomiteen der de sa: ”Komiteen vil peke på at den individuelle planen ikke gir pasientene større rett til de tjenester den beskriver, enn det som følger av lovgivningen ellers. Komiteen vil understreke at det er viktig at omfanget av planene som utarbeides, er realistiske i forhold til de ressurser som er tilgjengelige” (Innst O nr. 65 1998-99 Innstilling fra sosialkomiteen om lov om spesialisthelsetjenesten m.m., punkt 2). Planen må derfor sees på som et viktig bakgrunnsdokument som kan gi grunnlag for en vurdering av om ”nødvendig helsehjelp” er gitt. Et større avvik mellom planens beskrivelse og den faktiske realitet vil måtte kreve en særskilt begrunnelse (Kjellevold 2002 s.55).

⁵ Men som tidligere nevnt kan enkelte deler av en individuell plan tenkes å utløse rettskrav

Arbeidet med individuell plan krever at de aktuelle tjenesteyterne evner å samarbeide om aktuelle tiltak samt gjennomføringen av de. Dette synes å være en stor utfordring i enkelte tilfeller, så som de instansene som ikke innser behovet for et samarbeid og derfor heller ikke prioriterer det i sitt daglige virke. I disse tilfellene står man også overfor en litt uklar rettslig situasjon. Lovverket fastslår bare at helsetjenesten har plikt til å samarbeide med annet personell og instanser, men det regulerer ikke om personell i andre instanser enn helsetjenesten har tilsvarende plikt til å samarbeide med helsetjenesten.

Individuelle planer er begrunnet i at det finnes et behov for et verktøy som bidrar til samarbeid mellom bruker og tjenestene, og som sikrer at tjenestemottakeren kan ha innflytelse over planprosessen og tjenestetilbudet. Derfor er også den klare hovedregelen at personen må samtykke før utarbeidelse av individuell plan iverksettes. Det er dette samtykket som gir det rettslige grunnlaget for helsehjelpen jfr. pasientrettighetsloven § 4-1. Det følger også av forskriften § 5 som sier at ”individuell plan skal ikke utarbeides uten tjenestemottakerens samtykke”. Et samtykke må være basert på informasjon om hva utarbeidelse av individuell plan innebærer. Mine undersøkelser viser at det ofte knytter seg praktiske problemer med hensyn til samtykke. Mange rusavhengige ønsker ikke en individuell plan og det blir således en utfordring for tjenesteapparatet å ”overbevise” brukeren om at dette kan være nyttig for vedkommende. I tillegg ser man også en del problemstillinger knyttet til selve samtykket. Både rettslig og etisk sett må det anses som problematisk å forholde seg til et samtykke avgitt i rus.

3 Resultater fra den kvalitative undersøkelsen

3.1 Innledning

I oppgavens del en og to har jeg redegjort for reglene knyttet til individuell plan. Der har jeg sagt noe om både reglenes innhold og formål. Målsetningen for denne delen er å formidle hva slags erfaringer mine intervjudeltakere har med individuell plan. Jeg har laget en intervjuguide⁶ med en rekke spørsmål, og denne har vært utgangspunkt for de samtalene jeg har hatt med de ulike deltakerne. Med intervjudeltakernes samtykke har jeg tatt opp intervjuene på diktafon. Dette innebærer klare fordeler både for forfatteren samt den som blir intervjuet. Man kan gi den intervjuede sin fulle oppmerksomhet samtidig som man slipper å miste nyanser når man skal skrive ut intervjuet etterpå.

Jeg vil bruke intervjuguidens systematikk⁷ når jeg presenterer mine resultater fordi jeg mener dette gir den beste innsikten i mine resultater. Først vil jeg se på planens tilblivelse, deretter innholdet samt planen i praktisk bruk og til slutt vil jeg presentere intervjudeltakernes vurdering av bestemmelsen.

3.2 Den individuelle planens tilblivelse

Alle intervjudeltakerne hadde god oversikt over hvilke personer som har krav på en individuell plan, nemlig de med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester. Intervjuobjekt nummer en fortalte at hver klient som kommer til det aktuelle rehabiliteringssenteret gjennomgår et intervju. Der blir ulike avtaler presentert hvorav individuell plan er en av de som klientene må forholde seg til. Hun forteller videre at noen få av dem vet at de har krav på en individuell plan, kobler ikke helt at det skal skje på institusjonen. De tenker ofte mer på sosialtjenesten i den sammenheng. Sosialtjenesten er

⁶ Se litteraturliste samt vedlegg til oppgaven

⁷ Se intervjuguide i vedlegg A

ikke inne når det blir laget planer på denne institusjonen, med mindre det er spesielle ønsker om det. Hun sier at sosialtjenesten i utgangspunktet skal ha en plan og brukeren være en del av den, men at det i praksis ikke fungerer slik. Resultatet blir derfor at de har en plan mens sosialtjenesten kan ha en annen plan. Hun påpeker likevel viktigheten av at det er noenlunde samsvar mellom de ulike planene. Dette må sies å være litt problematisk, da hele poenget er at klienten kun skal ha en plan og at de ulike partene skal forholde seg til denne. Det er blant annet her individuell plan skal skille seg fra andre type planer. Istedenfor å ha mange forskjellige planer som kan gjøre situasjonen svært uoversiktlig for brukeren, skal man nå som et klart utgangspunkt kun ha en plan å forholde seg til.

Intervjuobjekt nummer fire sa: ”alle våre pasienter skal ha individuell plan, sånn at det er noe vi har hengende over oss hele tiden og som vi også skal rapportere”. Hun fortalte videre at de hadde jevnlige gjennomganger av hvordan de forskjellige medarbeiderne lå an med individuell plan. Problemet var ofte at pasientene selv ikke var så interessert i individuell plan. Hun mente det lå en stor utfordring i å få pasientene til å forstå og få en opplevelse av at dette faktisk er deres plan og at det er noe som kan være nyttig for dem. Resultatet ble likevel ofte at prosessen ble så lang at man endte opp med å lage individuell plan uten at pasienten i noen særlig grad var involvert. Dette må sies å være svært uheldig siden individuell plan er tenkt å skille seg fra andre planer nettopp når det gjelder dette. Det fremgår også klart av forskriftens § 4 første ledd andre punktum: ”Tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med individuell plan, og det skal legges til rette for dette”. Mer alvorlig er det kanskje at det fremgår klart av forskriftens § 5 første ledd at: ”Individuell plan skal ikke utarbeides uten tjenestemottakerens samtykke”. Det eneste unntaket fra dette gjelder pasienter som er under tvungent psykisk helsevern. I tillegg finnes det en unntaksbestemmelse i pasientrettighetsloven § 4-2 som sier at i den grad personen ut fra sin handlemåte og omstendighetene for øvrig sannsynliggjør at hun/han godtar helsehjelpen, må dette gi et tilstrekkelig grunnlag for helsehjelp. Likevel er jo noe av hovedpoenget med individuell plan at det er brukerens plan, og hvor brukerens målsetninger og tanker om eget liv skal komme frem. Dette var ikke unikt for dette intervjuobjektet. Også intervjuobjekt nummer fem formidlet noe av det samme. De sa at de ønsket å jobbe mer med individuell plan enn de faktisk fikk til. Det var vanskelig å få til arbeidet med planen siden de jobbet

med de tyngste rusmisbrukerne. Resultatet ble ofte at de jobbet som om individuell plan eksisterte uten at den ble brukt direkte.

Intervjuobjekt nummer to fortalte at han jobbet lite, i nærheten av overhodet ikke med individuell plan. Til nå hadde han ikke hatt noen forespørsler om å lage individuelle planer. Det må kunne innvendes at dette er en noe passiv holdning til planarbeidet. Jfr. forskriftens § 6 har kommunens helse- og sosialtjeneste samt helseforetaket en plikt til å sørge for at individuell plan utarbeides for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det følger videre av bestemmelsen at den delen av tjenesteapparatet som tjenestemottakeren henvender seg til har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet settes i gang, uavhengig av om vedkommende mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet.

Intervjuobjekt nummer tre hadde et klart inntrykk av at det var veldig få som hadde individuell plan. Han sier: "I forhold til sykehusreformen så kom det allerede i 2001. Det har ikke fungert opp mot pasientgruppene i det hele tatt, og har ikke fungert i forhold til rusmisbrukere heller". Tross dette negative bildet som presenteres så han også at individuell plan kan være et genialt verktøy. Han syntes det var bra at man hadde kommet med loven, men uttrykte bekymring over at det fungerte såpass dårlig som det gjorde.

3.2.1 Vanskeligheter med å få involvert tjenestemottakeren i planarbeidet

Et gjennomgangstema for intervjuobjektene var at det var svært vanskelig å få med tjenestemottakeren på å arbeide med individuell plan. Hva skyldes dette? Intervjuobjektene påpekte at mange ikke ønsket så stor offentlig deltakelse i livene sine. Mange ønsker å motta metadon i tillegg til økonomisk sosialhjelp, og det er den eneste offentlige innflytelsen de vil ha.

I arbeidet med de rusavhengige er det viktig å opparbeide et tillitsforhold. Intervjuobjekt nummer fire og fem forteller at mange rusavhengige er svært paranoide og da er det helt nødvendig å bygge opp et tillitsforhold før man kan begynne å arbeide med klienten. Det må ligge visse relasjoner til grunn for at man skal få gjort noe konstruktivt arbeid.

Intervjuobjekt nummer fire forteller at for en person med paranoid psykose er det fryktelig

vanskelig å sitte i møte med flere personer. Det de ofte gjør da er at man må jobbe mer med samarbeidsmøter slik at pasienten ikke er tilstede, og legge opp visse føringer på denne måten. Hun legger til at det selvfølgelig er viktig å informere pasientene så godt man kan, men hun opplever ofte at pasienten enten ikke ønsker referat fra møtene og hvis de får det blir det ikke lest. Intervjuobjekt nummer fem opplever at brukeren ikke helt ser nytten av individuell plan. Dette synspunktet støttes av flere av de andre tjenestemottakerne. De har ofte mange planer fra før og ser ikke helt hvorfor de har behov for en til. De er lei av å forholde seg til planer. I tillegg har ofte pasientene vært ute av stand til å benytte seg av hjelpeapparatet i lengre tid, og da tar det litt tid å få arbeidet opp å gå. Derfor må en del av tiden brukes til å drive motivasjonsarbeid overfor tjenestemottakeren.

3.2.2 Hvordan forholde seg til rus

Det var ulike meninger om hvordan man skulle forholde seg til tjenestemottakere som befinner seg i en aktiv rustilværelse. Intervjuobjekt nummer tre mente at man bør bruke individuell plan også i forhold til aktive rusavhengige. De har ofte behov for mye hjelp fra tjenesteapparatet. Det vil dukke opp problemstillinger rundt bolig, fysisk og psykisk helse, LAR-behandling⁸ og så videre. Tross dette påpekte han at det er svært lite man får ut av en bruker som er ruset. Intervjuobjekt nummer fem deler denne oppfatning, og de ser de praktiske problemene rundt dette i sitt daglige arbeid. Selv om alle som er i tungt rusmisbruk trenger langvarige og koordinerte tjenester er det ikke lett verken å starte eller opprettholde arbeidet med individuell plan. Klientene møter ofte ikke opp til avtalte møter, og hvis de skulle dukke opp kan det hende de er svært ruset. Som intervjuobjekt nummer fem sier er det ”jo ikke noe poeng å sitte med en i knestående og hodet ned på bordet og prate om en plan”. De mener at man bør være litt ”klar” for å se sine egne mål og spør seg om det er noe poeng i å utarbeide en plan når de ikke er med? Samtidig ser de at det kan være nyttig at de kommer på banen med individuell plan også i slike tilfeller. Da kan jo en

⁸ Begrepet legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er definert i Helsetilsynets veileder (Helsetilsynet 2001) til å omfatte: ”bredt anlagte rehabiliteringstiltak overfor opioidmisbrukere der det som et deltiltak under tett oppfølging inngår en forskrivning av egnede legemidler, dette vanligvis i et livslangt opplegg”.

del av planen være at man skal søke plass på en institusjon. Dette vil ofte være første steg på veien til en rusfri tilværelse.

3.2.3 Pårørendes rolle som eventuell initiativtager til individuell plan

Intervjuobjekt nummer to påpeker at det ofte er det pårørende som sterkest ønsker individuell plan, fordi de tror at det utløser visse rettigheter. Dette beror som tidligere nevnt på en misforståelse om at man har rettskrav på det som nedtegnes i den individuelle planen. Dette medfører ikke riktighet, for det eneste man har rettskrav på er å få utarbeidet selve planen⁹. Satt på spissen mener han at individuell plan kan være en måte å roe ned aktive pårørende på. Både intervjuobjekt nummer en og fire forteller at pårørende sjelden spiller noen rolle som initiativtager til individuell plan. Mange rusavhengige er kanskje andre- og tredjegerasjons rusavhengige, og har derfor ikke en ressurssterk familie som kan være en støtte for de. Andre har liten kontakt med familien sin. Det å ha en rusmisbruker til ektefelle eller far kan ofte være svært vanskelig følelsesmessig. Da skal det mye til for at man har overskudd til å involvere seg i et planarbeidet.

3.3 Individuell plans innhold

Den individuelle planen er altså en standardisert plan som blant annet skal inneholde mål, ressurser, tiltak, fastsettelse av hvem som er og bør være med i ansvarsgruppa og så videre. Som intervjuobjekt nummer fem sa det, skal individuell plan være en paraplyplan hvor tiltaksplaner kommer under denne. De kan være langsiktige eller ha et kortere tidsrom som ramme for arbeidet. Intervjuobjekt nummer en mente at det var et poeng at planen ikke er for langsiktig. Hun mente at planen kunne ha en tidsramme på alt fra to uker til tre måneder. Hun påpekte viktigheten av at planen er gjensidig utarbeidet. De planene hun kjente til inneholdt punkter om helse, ernæring, økonomi, sosialt liv med videre. Planene kunne ofte bli nokså detaljerte. Hun fortalte at: "Vi har folk som er såpass dårlig fungerende at de trenger for eksempel at det står at vedkommende skal ivareta egen hygiene ved å dusje to ganger i uka. Eller at vedkommende skal styre økonomien sin slik at

⁹ Men som tidligere nevnt kan enkelte deler av en individuell plan tenkes å utløse rettskrav

når han har penger for en hel måned og for å kunne få det til må det til forvaltning, og man skal handle mat en gang i uka, for eksempel sånne ting”. Hun var opptatt av at man må godta at ikke alle har like høye målsetninger. Det er ikke alle som har et mål om å bli rusfri og flytte til egen bolig og dette må man tenke litt over. Som hun selv sa det: ”De saksbehandlerne som har jobbet en del år med rusproblematikk de vet også det at det ikke er de fine ordene som står der eller de store linjene som er det viktige, men at hver enkelt har noen mål her i livet og det kan være at man skal stå opp om morgenen og koke seg kaffe og åpne avisen og lage seg middag”. Som intervjuobjekt nummer fem sier kan ”målene være urealistiske, men tiltakene skal jo være realistiske”. Dette illustrer godt hvordan man har tenkt seg at man skal bruke planen som et arbeidsverktøy. I innledningen fortalte jeg om han som ønsket å bli finsk statsminister. Her kunne man nok definitivt sagt at målsetningen var urealistisk, men i stedet for å gå inn på diskusjoner og bruke ressurser på det kan man ta utgangspunkt i de urealistiske målene og sette realistiske og faktiske handlinger til dem.

Intervjuobjekt nummer fire jobber med noen av de aller dårligste klientene, og hun synes det er viktig og en vanskelig utfordring å se det store perspektivet når situasjonen preges av akutte behov. Tjenestemottakeren selv har ofte vanskeligheter med å tenke i lengre perspektiv når de er inne i en kritisk livsfase. Hun var opptatt av at man i en slik situasjon ikke må bli helt fanget kun av det som skjer nå, men evne å se litt frem i tid. Til tross for at mange av hennes brukere ofte befinner seg i en svært vanskelig situasjon opplever hun også at klienter setter seg mål som er langt fram i tid, for eksempel egen bolig.

3.3.1 Koordinatorens betydning i arbeidet med individuell plan

En koordinator er satt til å samordne arbeidet rundt tjenestemottakeren i forhold til individuell plan. Vedkommende har ansvar for å innkalle til ansvarsgruppemøter, avholde møtene, skrive referat og ellers opprettholde kontakten med tjenestemottakeren. Denne jobben ble av nesten alle mine intervjuobjekter fremhevet som svært viktig. Som en av intervjudeltakerne sa det: ”Det er den viktigste delen ved det hele”. Det er viktig at det finnes en stabil person som tar ansvaret for arbeidet rundt klienten og følger opp det videre arbeidet. Som intervjuobjekt nummer tre sa det, kan koordinatoren være en brobygger

mellom tjenesteapparatet og tjenestemottakeren. Brukeren er godt tjent med at det samarbeides.

Koordineringsansvaret skal som utgangspunkt ligge hos førstelinjetjenesten, men intervjuobjekt nummer fire opplevde ofte at det var annenlinjetjenesten som ble sittende med ansvaret, og at det var svært vanskelig å få ført det tilbake til de som egentlig har ansvaret. Intervjuobjekt nummer fem har en litt annen oppfatning av situasjonen. De jobber i førstelinjetjenesten og ser også en del praktiske problemer og utfordringer knyttet til at det er nettopp de som skal ha ansvaret. Som de forteller er det mange rusavhengige som er i en rehabiliteringsprosess og derfor tilknyttet en institusjon. De synes det er u hensiktsmessig og ofte lite vellykket at de som sitter med en sekundeærrelasjon til tjenestemottakeren skal sitte med ansvaret for hovedplanen til klienten. At sosialtjenesten sitter med ansvaret er ofte mer praktisk når vedkommende for eksempel skal flytte ut av institusjonen og trenger hjelp til å skaffe egen bolig med mer.

Intervjuobjekt nummer to er av en helt annen oppfatning enn de andre. Han spør seg hvilken makt og myndighet koordinatorfunksjonen har? Han er av den oppfatning at å være koordinator ikke gir noen myndighet til å koordinere. Dermed vil koordinator kunne bli et ”offerlam eller et slaktoffer; noen du kan peke på som ikke har gjort jobben etterpå.

3.3.2 Samarbeidet mellom ulike profesjoner

Individuell plan stiller store krav til tjenesteapparatets evne til å samarbeide. De skal holde møter, legge strategier og gjennomføre det de har blitt enige om. Hvilke aktører som deltar vil variere fra plan til plan og fra person til person, men det vil ofte være snakk om en god del mennesker. Intervjudeltakerne ble spurt om de opplevde noen form for profesjonskamp i og med at personer med ofte svært ulik utdannelse og bakgrunn er satt til å jobbe sammen.

Intervjuobjekt nummer fire mente at samarbeidet stort sett fungerte bra. Det er i denne sammenheng verdt å legge merke til at hun er psykolog og således befinner seg i den øvre delen av profesjonshierarkiet. Man kan derfor anta at hun i kraft av sin autoritet lettere kan få igjennom sine synspunkter og således føle at samarbeidet fungerer bra. Hun mente det viktigste var å få den samme personen til å møte og at de forplikter seg til å møte. I tillegg

mente hun det var viktig at man var bevisst på hvilke arbeidsoppgaver man har. Hun sier: ”Så lenge folk er klar på sin rolle og sitt ansvar så er man jo likestilt, men det kan vel hende at de fra førstelinjen kan oppleve at leger og spesialisthelsetjenesten kan være litt mer sånn at dette gjør vi og så gjør du det”. Intervjuobjekt nummer fem synes samarbeidet stort sett fungerer bra, opplever likevel at de forskjellige partene ikke alltid er likestilt. De mener det er en del ansvarsfraskrivelse og latskap ute og går. De blir ofte bedt om å skrive referat fra møtene. Å spørre en overlege om å gjøre den jobben er som de sier ikke lett. Dersom en lege skal være med på møtet må møtet avholdes på denne personens sitt kontor fordi vedkommende har så mye å gjøre. ”Så vi må alltid reise dit og vi må finne oss i at han har pasienter så vi må sitte en halvtime over tida og vente da, så det blir utsettelse for oss resten av dagen også da. Og det er liksom bare en selvfølge at vi skal finne oss i det da. Men det er bare sånn det er. Det er jo ikke så lett å ta opp heller, det er bare litt frustrerende”. Tross dette forteller de likevel at de har møtt noen virkelig idealistiske leger som har gjort svært mye for noen av de tyngste rusmisbrukerne.

Intervjuobjekt nummer en sier at det er sjelden hun opplever ikke å bli hørt. Hun mener det er viktig å presentere en ryddighet i det arbeidet som gjøres, og at man på den måten vil få den nødvendige respekten. Intervjuobjekt nummer tre mener det finnes profesjonskamper og at det alltid har gjort dette. Likevel ser han en del positive tendenser, selv om man bruker forskjellige termer og språk. ”Når man setter seg ned og prater sammen så klarer man faktisk å forstå hverandre” sier han. Han mener litt av problemet er at den enkelte føler en sånn sterk lojalitet til ”sitt” system, og at det kan være vanskelig å innse at ”mitt system er tjent med å samarbeide med andre”.

3.3.3 Oppfølging av eksisterende individuell plan

Intervjuobjektene nummer fire forteller at hun synes det lett kan bli for mange personer involvert. I tillegg er det ikke alltid så lett å drive arbeidet fremover. Hun tegner et bilde av en ikke ukjent situasjon hvor fastlege ikke møter opp, sosialkontoret avbestiller møtet og den som skal være koordinator slutter i jobben. Dette vanskeliggjør et godt samarbeid og en kontinuitet i arbeidet.

3.3.4 Revisjoner og justeringer

Forskriftens § 7 bokstav g fastsetter at tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner skal fremgå av planen. Intervjuobjekt nummer fire påpeker at det ofte er et problem at planene ikke er oppdatert. Dette byr på en del utfordringer i det daglige arbeidet. Hun tror at dette skyldes at det kan oppleves som et byråkrati å måtte skrive inn og oppdatere planene. Tross dette er likevel retningslinjene at planene skal oppdateres hvert halvår. Intervjuobjekt nummer fem deler den oppfatningen og sier at arbeidet med individuell plan er svært tidkrevende og med arbeidspress kan det ofte bli til at oppgaver ikke blir gjort. Sosialtjenesten i Oslo har opplevd store omveltninger i strukturen, og kontorer som før var delt er nå slått sammen. Når det ikke bevilges mer ressurser blir arbeidspresset stort. Som intervjuobjekt nummer fem sier: “Men så kan man jo si at en saksbehandler har jo veldig mange saker og den skal være koordinator for si 20 som skal ha individuell plan så sier det seg selv: er det mulig å få til hvis man skal ha ansvarsgruppemøter en gang i måneden? Jobben blir kanskje ikke gjort”. For å unngå at dette skjer har det nå pågått en utvikling mot at planene blir stadig kortere i omfang. På den måten håper man at det skal bli lettere å ta planene i bruk og ikke minst holde de oppdatert. Nummer fem forteller at de nå har fått en mal til individuell plan som er utarbeidet av bydelen. Intervjuobjektene er samstemte om at det viktigste er at den blir brukt; ikke hvordan den ser ut. Bruk av maler fremstår som hensiktsmessig fordi man da kan effektivisere arbeidet samt gjøre terskelen for å påbegynne arbeidet lavere. Hvordan sikre at tiltakene blir gjennomført? Intervjuobjekt nummer en forteller at de prøver å få med hvem som har ansvar for samordningen og den videre fremdriften.

Som tidligere nevnt har man krav på en individuell plan, men ikke nødvendigvis innholdet. Hvordan kan man da sikre at de tiltakene man har blitt enige om blir gjennomført?

Intervjuobjekt nummer to forteller om tilfeller hvor spesialisthelsetjenesten fastsetter tiltak i planen som skal finnes på bydelsnivå. Problemet er ofte da at tjenesten enten ikke finnes eller ikke er tilgjengelig. Intervjuobjekt nummer fire mener likevel at noe av det beste med individuell plan er at det forplikter samarbeidspartnerne. Dette følges opp av intervjuobjekt nummer fem som mener at noe av det viktigste med individuell plan er at hjelpeapparatet rundt brukeren blir samkjørte. Når man har skrevet under på et papir som bekrefter at man

ønsker å sitte som en representant i ansvarsgruppen til den aktuelle klienten vil de aller fleste føle seg bundet av det. Så selv om man ikke har rettskrav på det som står nedtegnet i planen, og på den måten ikke vil kunne komme noen vei med en eventuell klage til Helsetilsynet dersom man ikke får den tjenesten planen fastsetter, tror de fleste intervjudeltakerne at de aktuelle partene vil gjøre sitt for å gjennomføre det man har blitt enige om. Intervjuobjekt nummer fem tror litt av forvirringen skyldes at mange av tjenestemottakerne ikke klarer å skille mellom arbeidsredskap og faktisk gode. Individuell plan er jo først og fremst tenkt som et verktøy for tjenesteapparatet.

Hvorvidt det som fastsettes i planen blir gjennomført eller ei bestemmes derfor av flere forhold: partene må "binde seg" i planen, de må følge opp det de har "bundet" seg til samt sørge for at det blir gjennomført. Intervjuobjektene uttrykte det slik at samarbeidet forplikter og blir bindende først når partene føler seg bundet av det. Intervjuobjekt nummer fem forteller at hun opplever at partene føler seg bundet av det de har blitt enige om, og at denne delen fungerer greit. Som de sier hender det selvfølgelig at ikke alt har blitt gjort til neste gang de møtes, men da er det lov å forklare hvorfor det ikke har skjedd og heller gjøre det til neste gang.

Et problem mange fortalte om var vanskelighetene med å skaffe den rusavhengige en fastlege. Den rusavhengige møter ofte ikke opp til avtalte timer og betaler kanskje heller ikke regningen. Derfor har de naturlig nok problemer med å få fastlege. Dette innebærer store problemer for tjenestemottakeren dersom målet er å bli rusfri. I de tilfellene har man kanskje behov for at det skrives ut resept på metadon og at dette følges opp slik som påkrevet. Helsetilsynet mener at myten om den voldelige misbruker som forstyrrer rutinen på legekontoret bør avlives (Helsetilsynet 2005 s. 42). Etter Helsetilsynets oppfatning kjennetegnes disse pasientene oftere av at de kommer uten en avtale, sitter lenge og venter og ikke er til bry for andre pasienter. Her er det åpenbart et avvik mellom intervjudeltakernes syn og Helsetilsynets oppfatning av situasjonen.

3.4 Intervjuobjektenes vurdering av bestemmelsen

Intervjuobjektene ble spurt om de opplevde en klarhet i hvordan bestemmelsen skal brukes. På dette punktet var det litt ulike meninger blant utvalget. Intervjuobjekt nummer en mener

det har hersket mye forvirring rundt hva individuell plan er. Hun sier: ”Det har vært veldig forvirrende, og de som skulle vite noe om det heller ikke vet noe. Hva er hensikten? Hvem har ansvaret for hva og hvor er vi hen? Vi er pålagt å ha det, men setter det opp slik vi ønsker”. Intervjuobjekt nummer to forteller at han har vært på en tre-fire forskjellige kurs og seminarer med individuell plan som tema og sier at: ”For meg virker det som det er ganske stor forvirring også blant de som skal forklare hva det er. Altså det er ingen, i alle fall så vidt jeg skjønner, jeg har i alle fall ikke sett noen klare retningslinjer for innholdet, form og slike ting”. Intervjuobjekt nummer fem er av en litt annen oppfatning. De mener det har blitt gitt tilstrekkelig informasjon om individuell plan, og at man gjør det hele litt vanskeligere enn det egentlig er når man tilbyr todagens kurs for å lære seg å lage individuelle planer. ”Man gjør det hele tiden mye mer skummelt enn det er for det er jo ikke noe skummelt. Det er jo bare å skrive ned det man faktisk skal gjøre. Det er jo ikke noe verre enn det. Jeg tror i alle fall man må starte og gjøre det enkelt så er det jo ikke vanskelig å finne informasjon hvis man søker på nettet”. Intervjuobjekt nummer fire mener at problemet ikke er at man bør lære mer om individuell plan, men at man faktisk må bruke planen og få faste samarbeidspartnere. Hun synes individuell plan er et bra tiltak, men mener det er litt problematisk at det ikke utløser noen ressurser.

Videre ble intervjuobjektene spurt om deres arbeidshverdag hadde endret seg noe etter innføringen av individuell plan og om de synes individuell plan er et effektivt middel til å hjelpe tjenestemottakeren. Som intervjuobjekt nummer to sier er de vant til å jobbe med planarbeid innenfor rusomsorgen. De bruker blant annet noe som heter handlingsplan ganske aktivt i sitt daglige virke. Den skiller seg fra individuell plan på den måten at det ikke behøver å handle om koordinerte tjenester. Intervjuobjekt nummer en mener at det ikke er så mye tilfeldigheter lenger nå som individuell plan er innført. Hun mener arbeidsstedet har blitt mer effektivt og at man kan unngå en del unødvendige diskusjoner. Istedenfor å diskutere hvordan ting skal gjøres kan man se hen til planen som kanskje har fastsatt nettopp det som man diskuterer. I tillegg sier hun at individuell plan kan være grunnlag i en oppsigelsessak av en klient. For planen stiller jo ikke bare krav til tjenesteapparatet. Intervjuobjekt nummer tre mener at nettopp noe av det viktigste med individuell plan er at man setter brukeren i sentrum og stiller krav til brukeren.

Når intervjuobjekt nummer to sier at det hersker forvirring om hva individuell plan egentlig er, tror han dette skyldes at det ikke er tenkt klart nok igjennom på forhånd om hvordan individuell plan egentlig skal fungere. Han mener at hjelpeapparatet har et voldsomt behov for å lage planer, mens brukerne ikke helt ser behovet. Som han selv sier har han ikke noe problem med å sette skriftlighet rundt samarbeidet med andre tjenesteytere, men han er rett og slett usikker på nytteverdien av individuell plan. I tillegg påpeker han at det ikke nødvendigvis er til brukerens beste med koordinerte tjenester. Brukeren selv kan være tjent med å "shoppe" rundt etter tjenester. Når individuell plan blir et målbart tall for tjenesteapparatet tror han faren er tilstede for at tjenestemottakeren får individuell plan uten selv å ønske det og uten å ha behov for det.

Intervjuobjekt nummer tre forteller at en del av hans arbeid består i å få brukerne interessert i individuell plan. Han er av den oppfatning av hvis han får brukerne interessert i individuell plan vil de også begynne å stille litt flere krav. Etter hans oppfatning er noe av det beste med individuell plan at det ikke bare har fokus på rusavhengigheten, at man ser det mer sammensatte og komplekse bildet hvor rusavhengigheten bare er en liten del av problemet. Etter hans oppfatning er det ikke noe galt med individuell plan, men man må gjøre noe med retningslinjene, lage større kapasitet og frigjøre midler. Han mener individuell plan absolutt er fremtiden når det gjelder arbeidsmetoder, men mener at da må det gis mye mer øremerkede ressurser til kommunene. Dersom dette ikke skjer har han liten tro på at individuell plan skal kunne utgjøre noen forskjell. Etter hans oppfatning er det for mye konkurranse mellom de ulike systemene og det brukes for mye energi på disse konfliktene.

4 Betraktninger om bestemmelsen

4.1 Innledning

Forfatteren av oppgaven fikk i foregående år anledning til å delta på en erfaringskonferanse om rusreformen¹⁰. Individuell plan var et av de mange temaene som ble tatt opp. Der kom det frem at det ser ut til at individuell plan har blitt noe man ikke får til, og at få eller ingen har fått tilbud om en slik plan. Individuell plan oppfattes til tider som et pliktløp og derfor ligger det en stor utfordring i det å faktisk ta den i bruk. Det oppfattes som uklart hvor ansvaret ligger og det ble fortalt at mange faktisk må være sine egne koordinatore. Pasienter og pårørende kan få et inntrykk av at individuell plan faktisk gir større og flere rettigheter. Utfordringene blir derfor mange, og Helsetilsynets representant på konferansen mente at noe av det man må jobbe med er: ansvars plassering, formidle at individuell plan ikke gir mer enn en rett på selve planen, samt definere langvarige og koordinerte tjenester. Videre mente hun at man må bedre samhandlingen mellom første og andrelinjetjenesten. Men her ser man blant annet at oppbyggingen av ruspoliklinikker i DPS-systemet¹¹ ikke er ferdig. Dette til tross for at det ligger en del føringer i departementets rundskriv om tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmisbruk (Sosial- og helsedepartementet 2001). Der fremgår det at alle DPS bør ha grunnkompetanse i utredning og behandling av personer med psykiske lidelser og som i tillegg har et rusproblem.

Representanten fra Rusmiddeletaten i Oslo mente at det hersket forvirring om hva individuell plan er og at dette fører til mye frustrasjon. Hun mente at det fantes et stort behov for opplæring. Individuell plan brukt på den riktige måten kan brukes til å

¹⁰ Erfaringskonferanse om rusreformen. Oslo, 14. april 2005.

¹¹ DPS betyr distriktpsykiatrisk senter

anerkjenne og synliggjøre behov, samt være et godt redskap for å få frem brukerens stemme.

Helsetilsynets rapport fra februar 2005 (Helsetilsynet 2005 s. 19-20) redegjør for bruken av individuell plan i forhold til rusavhengige. I tillegg til individuell plan gjør rapporten oppmerksom på at også andre tiltaksplaner kan være aktuelle. Eksempler på dette kan være framdriftsplan innen kriminalomsorgen etter straffegjennomføringsloven, planer for gjennomføring av arbeidsmarkedstiltak og så videre. I forhold til dette kan det være behov for koordinering når man skal sikre tilgang til relevant informasjon og om innhold i planen og ansvar for utførelsen. Rapporten påpeker videre viktigheten av å få til et samarbeid med den rusavhengige. Som rapporten påpeker kreves det en betydelig egeninnsats for å lykkes med å bli rusfri. Motivasjon i forhold til behandling for både somatiske og psykiske helseplager vil være en avgjørende drivkraft. Den sier videre: ”For rusmiddelmissbrukere med et aktivt rusmiddelmissbruk vil det kreves stor grad av tilrettelegging av planarbeidet fra tjenestens side for at individuell plan blir et virksomt middel for å sikre samordnede og koordinerte helse- og sosialtjenester”.

Mitt inntrykk etter å ha gjennomført mine intervjuer er i noen grad sammenfallende med det som kom frem under erfaringskonferansen. Det generelle hovedinntrykket er at det er få personer som bruker individuell plan aktivt, og derfor svært få tjenestemottakere som har en individuell plan. I dette kapittelet skal jeg diskutere de funnene jeg har gjort, og sette de inn i en rettssosiologisk sammenheng.

4.2 Hvorfor fungerer ikke planen som intendert?

Hvorfor fungerer ikke planen som intendert? Ressursmangler innenfor etatene er noe som påpekes av flere. Intervjuobjekt nummer to sier det slik: ”Vårt daglige problem i forhold til å gi folk et godt tilbud er jo fraværet av tilbud, ikke fravær av planer. Altså, det er ikke et spørsmål om man skal være mer effektiv eller mer rasjonell eller planlegge bedre. Det blir ikke mer kake [å fordele] av det”. Dette gjør sitt til at regelen om individuell plan kan fremstå som en litt innholdsløs og tom bestemmelse. Alle intervjudeltakerne var klar over at man som utgangspunkt kun har rettskrav på selve planen og ikke innholdet. Men det er også dette som på mange måter kan sees som svakheten ved bestemmelsen.

Intervjudeltakerne så det som problematisk at man ble enige om en rekke fine mål og tiltak som man kanskje aldri ville kunne gjennomføre nettopp på grunn av ressursmangler. De måtte også til stadighet forklare tjenestemottakerne nettopp denne forskjellen, så det er tydelig at det råder en viss forvirring på brukersiden med hensyn til bestemmelsens innhold. På den annen side påpekte flere av intervjudeltakerne at individuell plan brukt på den rette måten kan være bra for å effektivisere arbeidet rundt den enkelte rusavhengige. I tillegg kan individuell plan bidra til å synliggjøre feil og mangler i systemet.

En annen side av ressursspørsmålet er hvorvidt selve arbeidet med de individuelle planene krever ressurser. I NOU 2005:3 s. 147 omtales ressursspørsmålet knyttet til individuell plan. Der står det at det ikke er anslått økte kostnader fordi planen ikke gir rett til nye tjenester. Det er likevel på det rene at individuell plan medfører økte kostnader, blant annet i form av reiseutgifter i forbindelse med ansvarsgruppemøter. Riktignok omtaler NOUen ressursspørsmålet ved at den sier at individuell plan vil medføre merarbeid for de aktørene som i dag ikke omfattes av plikten, og at informasjonsarbeidet vil kreve ressurser. Likevel er oppfatningen min at man har undervurdert ressursbehovet ved en slik arbeidsmetode. Intervjuobjekt nummer fem forteller at avviklingen av møtene ofte tar lang tid. Det må beregnes en del tid med reising frem og tilbake, og det er innført restriksjoner når det gjelder bruk av drosje slik at offentlig kommunikasjon eller eventuelt egen bil må benyttes til møtene. Flere av intervjuobjektene forteller også at de tror litt av grunnen til at individuell plan ikke blir brukt så mye er at det oppleves som et byråkrati å lage og oppdatere planene. På den annen side er disse tjenesteyterne vant med planarbeid så det vil nok bare være en liten del av årsaken til den manglende bruken.

Andre årsaker til at det viser seg å være vanskelig å få til arbeidet med planen går på samarbeidet med brukergruppen. Det var ulike meninger rundt hvordan man skal forholde seg til rusen. Noen mente det var viktig at man lagde planer selv om tjenestemottakeren var inne i en aktiv rustilværelse. De vil ha perioder hvor de er mer "klare" enn andre og da kan de jo også ha noen tanker om sin egen tilværelse. Intervjuobjekt nummer to er av den oppfatning at: "Når man mener man skal lage planer til folk som er i aktiv rus så er det meningsløst. Da vil det nærmest være et overgrep". Dette må sies å være et godt poeng da

man godt kan stille spørsmålstegn ved samtykkekompetansen til en som er svært ruset. En person som er i aktiv rus beskrives av intervjudeltakerne som en som er opptatt av umiddelbare behov og såkalte nyttekostnadsbetraktninger. Hva gagnar meg her og nå? Det ligger derfor en stor jobb i det å få tjenestemottakeren til å se nytten av å se langt frem i tid. Mange mente at individuell plan fungerer bedre i forhold til de som er underlagt LAR-behandling. På den annen side er forfatterens inntrykk at hvis man først får den rusavhengige med i arbeidet vil han føle en positiv delaktighet i egen hverdag.

Flere av intervjudeltakerne snakket om utfordringene som dukker opp når man får inn noe som har med psykiatri å gjøre i tillegg til rusproblematikken. Dette er en svært aktuell problematikk, men det var veldig forskjellig hvordan de forholdt seg til det. Intervjuobjekt nummer fire møtte denne problematikken daglig og var således vant til å forholde seg til det. Flere av de andre intervjuobjektene ga uttrykk for at dette var vanskelige tilfeller. Utfordringer meldte seg blant annet når man skulle søke plass for behandling av de psykiske problemene. Da ble de ofte møtt med et krav om at vedkommende som skulle disponere plassen måtte være rusfri før oppholdet kunne starte. Dette til tross for at det nå i større grad skal aksepteres at de kan innlegges selv om de ikke er rusfrie (Helsetilsynet 2005 s. 39). Likevel sier den samme rapporten på s. 40 at rusavhengige ofte blir avvist fordi det er ønskelig at de først får behandling for rusproblemet sitt. Andre grunner til at de blir avvist er som nevnt samme sted at deres atferd skaper problemer på avdelingen og at deres problemer med å følge opp blir oppfattet som sviktende motivasjon som kan gjøre sitt til at de får et mindre godt utbytte av behandlingen. De fleste av intervjudeltakerne hadde en oppfatning om at mange rusavhengige slet med psykiske problemer, og at det var problematisk at systemet ikke i stor nok grad evnet å behandle de psykiske problemene og rusavhengigheten samtidig. Dette bekreftes av Helsetilsynet i samme rapport som den ovennevnte (Helsetilsynet 2005 s. 42). Der fortelles det at ca. 80 prosent av de tunge misbrukerne har store psykiske lidelser som angst, depresjoner, personlighetsforstyrrelser og store atferdsproblemer.

Den forteller videre at andelen av pasienter som i tillegg til psykiske problemer også har rusproblemer ser ut til å ha økt de senere årene. Rapportens generelle inntrykk er at det gis lite eller dårlig tilbud til rusavhengige med psykiske problemer.

Flere av intervjudeltakerne forteller at de synes at de til tider kan merke noe som ligner en profesjonskamp. Det er interessant å legge merke til at de som hevder dette befinner seg i den lavere delen av hierarkiet, mens de som opplever at samarbeidet fungerer fint befinner seg i den øvre delen av hierarkiet. Nederst i dette hierarkiet kan man jo si at brukeren befinner seg. Uavhengig av om en slik profesjonskamp faktisk eksisterer må det kunne innvendes at det er tungvint og noe rigid at lovverket¹² fastsetter at det er sosialtjenesten som alltid skal ha ansvaret for de rusavhengige. Intervjuobjekt nummer fem sier det slik: “Det sies vel sånn at det er sosialtjenesten som har ansvaret for å koordinere, og det synes ikke vi alltid er helt vellykket da. Veldig mange av de som får utarbeidet en plan, det er jo hovedsakelig de som allerede er i en rehabiliteringsprosess, at de for eksempel allerede er på en institusjon. Da er det jo, i alle fall i vårt perspektiv, mye enklere at den som er primærkontakt på institusjonen sitter med koordinatorsansvaret for det er den som kjenner klienten best og har mest med de å gjøre i det daglige, og da blir det latterlig at vi er en sånn sekundærrelasjon da skal sitte med ansvaret for hovedplanen til klienten. Så det synes vi blir veldig feil”.

Intervjuobjekt nummer to går ganske langt i sin kritikk av individuell plan. Han mener litt av problemet med individuell plan er at bestemmelsen ikke har kommet på grunn av et press fra brukergruppen og heller ikke fra de som til daglig jobber med dem. Han sier: ”Det som bekymrer meg er når man fra politikerhold gir inntrykk av at her tar man et radikalt grep som gir brukerne helt nye ikke bare rettigheter, men også en helt annen service. For meg er dette et politikergrep for å gi inntrykk av at man gjør noe på en billigst mulig måte, nemlig å pålegge folk å lage flere planer”. Denne uttalelsen tyder på at individuell plan oppfattes som et symboltiltak uten at det fører til konkrete endringer.

¹² Sosialtjenesteloven § 4-3a

Selv om hovedinntrykket er ganske negativt er ikke bildet helt svart. Signaler om at arbeidsstedet har blitt mer effektivt, man unngår en del diskusjoner, setter brukeren i sentrum og stiller krav til han samt at planen formaliserer og tydeliggjør har også kommet frem. I Thommesen med flere på s. 124 sier de at med brukerens medvirkning kan man bidra til å utjevne maktulikheten mellom brukere og fagfolk. På den annen side sier de videre at brukermedvirkning ikke alltid sikrer sterkere innflytelse. Man kan ved å gi skinn av økt innflytelse binde brukeren til et samarbeid basert på prinsipper lagt av andre. Dette med brukerens medvirkning vil jeg si er noe av det mest positive med individuell plan. Det er også naturlig at brukeren selv er aktivt med når planer som angår vedkommende skal lages. Da har man også en bedre forutsetning for faktisk å lykkes i arbeidet

4.3 Undersøkelsen sett i et rettssosiologisk perspektiv

Ragnar Knoph er en av de juristene som har vært opptatt av å se jussen i et samfunnsmessig perspektiv. Han fremhevet at samfunnslivet er et vilkår for at retten blir til, og rettens innhold preges av samfunnsforholdene. I tillegg poengterer han vekselvirkningen mellom retten og samfunnet. I Knoph (1993, s. 3) sier han: "Mellom rettsreglene og samfunnsforholdene er det følgelig en stadig vekselvirkning. Retten er ikke bare et produkt av kulturmiljøet, men er selv et aktivt kulturelement, og svært ofte en målestokk for det kulturtrinn som et folk eller en folkegruppe er nådd frem til". Her vil jeg sette de problemer jeg har pekt på inn i et rettssosiologisk perspektiv rundt hvorfor lover ikke virker slik det var tenkt.

Undersøkelser av hushjelploven er en klassisk rettssosiologisk undersøkelse. Thomas Mathiesen forteller om den i sin bok "Retten i samfunnet" (1997, s. 44-47). Loven hadde som målsetning å bedre arbeidsvilkårene til den nevnte gruppen. Den fastsatte tillatt arbeidstid, stilte krav om skriftlig arbeidsavtale samt godtgjørelse for overtidarbeid. Videre stilte den et krav om fast søndagsfri og lønnsoppgjør hver 14. dag. Intervjuene som ble gjort gjaldt blant annet hva slags kunnskaper husmødrene og hushjelpene hadde om hushjelploven. Videre dreide undersøkelsen seg om eventuelle virkninger av loven. Hovedproblemstillingen ble formulert slik: "Det opprinnelige hovedproblem var om loven

hadde påvirket de faktiske arbeidsvilkår innen hushjelpyrket og i tilfelle hvordan og hvor sterkt” (Mathisen 1997 s. 45).

Etter undersøkelsen kunne man nokså sikkert konkludere med at loven hadde hatt en begrenset virkning. Kun et lite fåtall hadde skriftlig arbeidskontrakt, over en femtedel hadde ikke noe fast søndagsfri og lønnsoppgjøret skjedde ikke hver 14. dag som forutsatt. Så på flere områder hadde ikke loven kunnet forhindre at arbeidsgiverne ga hushjelpene arbeidsvilkår som var i strid med den nye loven. Mye tydet derfor på at lovgivers forestilling om lovens virkninger hadde vært litt for optimistiske.

En av hovedkonklusjonene i Hushjelpundersøkelsen var at kunnskapene om loven var mangelfulle og at en av hovedårsakene til dette var manglende kunnskap om regelverket. Jeg finner imidlertid i min undersøkelse at på tross av god kunnskap om bestemmelsen, dens formål og innhold er hovedinntrykket at det er få som bruker individuell plan aktivt og derfor få brukere som har en slik plan. Intervjudeltakerne uttrykker frustrasjon over at det å lage en individuell plan ikke er et egnet hjelpemiddel. En del av de velger blant annet derfor å ikke lage individuell plan selv om de har god kjennskap til loven. Dette kan tyde på en selektiv holdning og en viss ”nummenhet” overfor lover. Helsesektoren er til dels preget av mange og stadig skiftende lover og regler, og det er da lett å tenke seg at ansatte i denne sektoren lett blir kyniske i forhold til reguleringer som de føler ikke gir så mye utbytte i form av faktiske resultater.

Har lovgiver hatt for stor tro på lovens virkning? Torstein Eckhoff har formulert troen på det å gi lover på denne måten (Mathiesen 1997, s. 56): ”Mange mennesker har overdrevne forestillinger om hva som kan oppnås ved hjelp av lovgivning. Det virker nesten som om folk tror at lovene har magisk kraft, slik at hvis det bare blir bestemt ved lov hvordan noe skal være, så blir det slik. Det finnes imidlertid nok av eksempler, både fra vårt eget og andre land, på lover som ikke har hatt de tilsiktede virkninger [...]” Tidligere rettsososiologiske undersøkelser påviser vesentlige begrensninger i rettens tilsiktede virkninger. Disse undersøkelsene viser at årsakene til at man ser disse begrensningene har å gjøre med den sammenhengen de rettslige forholdene befinner seg innenfor. Et generelt

synspunkt er at innfrielse av tilsiktede virkninger generelt er avhengig av den økonomiske, sosiale og politiske sammenhengen som lovgivningen fungerer i.

Noe av hovedtanken bak å lovfeste retten til individuell plan var at man ønsket å ivareta en gruppe mennesker som fram til det tidspunktet ikke hadde fått den oppmerksomheten i helsevesenet som de burde hatt. Ved lovfestingen ønsket man å gi brukergruppen klarhet i hva slags tilbud de kunne forvente seg å få til enhver tid. Mitt hovedinntrykk er som tidligere nevnt at det hersker forvirring på brukersiden om hva individuell plan egentlig er, og dette er en av årsakene til at det er få tjenestemottakere som faktisk har en individuell plan som brukes aktivt og faktisk fungerer. Dette må sies å være et resultat som strider mot hensikten ved selve lovfestingen av bestemmelsen. Det ser derfor ikke ut til at man har lyktes i å ivareta denne gruppen noe bedre ved lovfestingen av retten til individuell plan, og gruppen man ønsket å verne ser ut til å være taperen. Dette viser at man ikke nødvendigvis løser en utfordring ved å vedta en lov. Det skal mer til for at den aktuelle loven får sin tilsiktede virkning og i dette tilfellet mener jeg økte ressurser burde følge lovbestemmelsen. På den måten ville man kunne få en situasjon hvor det som står i bestemmelsen faktisk kan bidra til en bedre hverdag for den utsatte gruppen.

5 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg tatt for meg de rusavhengiges rett til individuell plan. Ved å gjennomføre intervjuer blant personer som jobber innenfor rusomsorgen samt en representant fra brukersiden har jeg hatt som målsetning å belyse individuell plan og undersøke hvordan det fungerer i praksis. I oppgavens kapittel to har jeg redegjort for lovgrunnlaget til individuell plan. Resultatene fra min undersøkelse fulgte i kapittel tre. I kapittel fire har jeg vurdert hvordan individuell plan fungerer i praksis, og satt det inn i en rettssosiologisk sammenheng.

I oppgavens kapittel 1.2 reiste jeg følgende problemstilling: har lovfesting av rett til individuell plan gjort at de rusavhengige lettere får den helsehjelpen og de sosialtjenester de har krav på? Med forbehold om at min undersøkelse ikke har et stort nok utvalg til å være generaliserbar vil jeg si at min undersøkelse kan tyde på at jeg må svare nei på dette spørsmålet. Hovedinntrykket er at det er relativt få brukere som har en individuell plan overhodet, og for de som har en plan fungerer det dårlig. Årsakene til dette synes å være flere, blant annet: ressursmangler, liten tiltro til at individuell plan skal kunne utgjøre noen forskjell, vanskeligheter med å få til samarbeidet med brukeren, en følelse av byråkratisering både hva gjelder tilblivelsen og oppdateringen av planene samt at stridigheter profesjonene imellom forekommer.

Hovedproblemet synes å være ressursmangler. Det at et tiltak defineres i individuell plan gjør ikke at det nødvendigvis blir iverksatt med mindre det finnes nødvendige ressurser. Nettopp det at individuell plan er avhengig av ressurs situasjonen for å ha en funksjon, var en av departementets innvendinger mot tiltaket. Som tidligere nevnt mente de en slik rett ville bli vag, uklar, innebære misforståelser og at den ville gi forventninger som det ikke var personellressurser nok til å innfri. De fryktet resultatet ville bli en bestemmelse med uklar rettslig status. Jeg mener min undersøkelse viser at departementets bekymringer til en viss grad hadde sin berettigelse. Min undersøkelse viser blant annet at det hersker

forvirring på brukersiden om hva individuell plan egentlig er. Paradoksalt nok var dette noe av det Stortingets sosialkomité ønsket å unngå ved å innføre bestemmelsen. Komiteen la vekt på at de gruppene bestemmelsen tok sikte på ikke hadde fått den oppmerksomheten i helsevesenet som de burde hatt, og at disse gruppene hadde behov for å få mest mulig klarhet i hva slags tilbud de kunne forvente seg å få til hvilken tid. Med denne bakgrunn, særlig sett hen til hvordan individuell plan fungerer i praksis, mener jeg bestemmelsen bærer preg av å være en symbolbestemmelse og et behov for å markere at politikerne gjør noe.

Til slutt vil jeg her referere til intervjudeltakernes betraktninger rundt hva som må til for å gjøre individuell plan til effektivt virkemiddel. Intervjudeltaker nummer to mente at man i større grad kan hjelpe tjenestemottakeren dersom man ga de klarere rettigheter i lovverket. Ved å handle på en bestemt måte vil dermed enkeltindividet utløse rettigheter. Mot dette kan innvendes at lovfesting ikke alltid er et effektivt virkemiddel, noe jeg også har vist i denne oppgaven. Samme intervjuobjekt mente i tillegg at ved å samle flere tjenester under samme tak ville man kunne gi tjenestemottakerne et bedre tilbud.

Samtlige intervjudeltakere ga signaler om at økte ressurser ville utgjøre en forskjell i deres daglige arbeid. Ved å gi mer øremerkede ressurser til kommunene, frigjøre tid, kapasitet samt bygge opp relasjoner vil man kunne jobbe mer effektivt i forhold til de rusavhengige.

Litteraturliste

Litteratur:

Kjelle vold, Alice: *Retten til individuell plan*. Bergen, 2002

Hanne Thommesen, Trine Normann og Johans Tveit Sandvin: *Individuell plan et sesam, sesam*. Oslo, 2003

Helse- og sosialdepartementet: Helse- og sosialdepartementets nyhetsbrev til sosialtjenesten i kommunene, kommunehelsetjenesten og fastlegene desember 2003. Oslo 2003

Helsetilsynet: Vanedannende legemidler. Forskrivning og forsvarlighet, IK-2755. Oslo, 2001

Helsetilsynet: Rapport fra Helsetilsynet 2/2005 "Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv - en vurdering av sentrale datakilder". Oslo, 2005

Knoph, Ragnar: *Knops oversikk over Norges rett*. 10. utg. Oslo, 1993

Sosial- og helsedirektoratet: *Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo, 2005

Sosial- og helsedepartementet: Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmissbruk. Rundskriv I-36/2001. Oslo, 2001

Mathiesen, Thomas: *Retten i samfunnet*. Oslo, 1997

Forarbeider:

Inst O nr. 9 1991-92

Innst O nr. 65 1998-99: Innstilling fra sosialkomiteen om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Inst St nr. 237 1996-97. Innstilling fra sosialkomiteen om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste (Tilgjengelighet og faglighet).

Ot prp nr. 10 1998-99. Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt

Lovregister:

Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) av 19. november 1982, nr. 16

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 2. juli 1999 nr. 62

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999 nr. 61

Forskrifter:

Forskrift om fastlegeordning i kommunene av 14.04.2000 nr. 328

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23.12.2004 nr. 1837

Annet:

Intervjuobjekt nummer en: Kvinnelig miljøarbeider ansatt på institusjon.

Intervjuobjekt nummer to: Mannlig ruskonsulent ansatt i en av Oslos bydeler.

Intervjuobjekt nummer tre: Mannlig ansatt i en interesseorganisasjon for rusavhengige. Selv tidligere rusavhengig.

Intervjuobjekt nummer fire: Kvinnelig psykolog ansatt ved et distriktpsikiatrisk senter i en av Oslos bydeler.

Intervjuobjekt nummer fem: To kvinnelige ruskonsulenter ansatt i en av Oslos bydeler.

Vedlegg A: Intervjuguide

Intervjuguide til 10 vekttalls oppgave om individuell plan

Personalialia: navn, yrke, alder, stilling m.m.

Tilblivelse

- **I hvor stor utstrekning jobber du med individuell plan i ditt daglige virke?
Ønsker du å jobbe mer eller mindre med individuell plan?**
- **Hvor lang tid går det fra du får inn en tjenestemottaker til individuell plan blir utarbeidet?**
- **Hvilke aktører deltar i utformingen av individuell plan?**
- **Hvem tar initiativ til å starte arbeidet med individuell plan?**
- **Har noen av aktørene et lederansvar i arbeidet med individuell plan?**
- **Hvilken betydning har koordinatoren i arbeidet med individuell plan?**
- **Hvordan sikrer man at de som er i kontakt med tjenestemottakeren får kjennskap til at individuell plan er under utarbeiding, samt får tilbud om å delta si prosessen?**
- **Er du av den oppfatning at alle rusavhengige stiller likt med hensyn til å få en individuell plan, eller gjøres det forskjeller avhengig av hvor syk pasienten er? Hvis prioriteringer gjøres; hvem velges?**

- Får alle som har behov for det utarbeidet individuell plan?
- Hvordan fungerer samarbeidet med de andre profesjonene? Opplever du at alle er likestilt?
- Spiller pårørende en rolle som initiativtager til individuell plan? Spiller de en rolle i selve utarbeidelsen av planen?
- Hvilken rolle spiller tjenestemottakeren i arbeidet med individuell plan? Hender det ofte at samarbeid med tjenestemottakeren ikke oppnås? Eventuelt hvorfor?
- I hvor stor grad blir det tatt hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger?
- Tilrettelegges planarbeidet godt nok slik at tjenestemottakeren får deltatt?

Individuell plans innhold

- Hva inneholder de individuelle planene du har kjennskap til?
- Er de detaljert utformet?
- Bestemmer planen hvem som har ansvar for samordningen og den videre fremdriften?
- Blir det satt en tidsfrist for når eventuelle justeringer og revisjoner skal skje?
- Hvordan sikrer man at tiltakene blir gjennomført?

Oppfølging

- Hvordan forholder du deg til en utarbeidet plan? Brukes den aktivt i det videre arbeidet?
- Opplever du at partene føler seg bundet av planens innhold? Hvordan viser dette seg i praksis?
- Hvordan foretas revidering av planene? Skjer dette ofte? Hvem tar initiativ til å revidere planen?
- I hvor stor grad får berørte aktører innsyn i individuell plan, eventuelt kjennskap til at individuell plan er utarbeidet?

Vurdering av bestemmelsen

- Har ditt arbeid endret seg etter innføringen av individuell plan? Eventuelt på hvilken måte?
- Opplever du en klarhet i hvordan bestemmelsen skal brukes? Hvis nei, hvordan kunne dette vært gjort etter din mening?
- Er det tilstrekkelig kunnskap om hvordan individuell plan skal brukes? Hvordan tilegnes denne kunnskapen?
- Synes du individuell plan er et effektivt middel for å hjelpe tjenestemottakeren? Ser du andre måter man kunne ha oppnådd det samme på?
- Føler du at helsepersonell synes individuell plan er viktig? Blir det prioritert i stor nok grad? Er det vanskelig å avtale tidspunkter til møter, eller blir det prioritert?

- **Tror du tjenestemottakeren har en lettere hverdag nå enn før innføringen av individuell plan? Har man nådd målsetningen om at tjenestemottakeren skal slippe å være en ”kasteball” i systemet?**
- **Har du kjennskap til forskriften om individuell plan og/eller veilederen for individuell plan?**